API		ORM FOR ASSISTANCE तु आवेदन प्रारूप		thcare प देखपार		Koshika			
APPLICATION No.:	m by 2	25/0059	PPLICATION DATE	012		Building t			
NAME of APPLICAN		1 - 23	AGE-YEARS	आयु-मर्थ	SEX सिंग				
आवेरक का नाम	55		A						
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्प चा नाम	S NAME:	Rahis Han	seatter towards a			AANIA			
paliza	wan		1274 1274	behi	an	PASTE PHOTO HERE			
	U	HELY Praces L	- 26151	31		Boop Post op			
		1081 OF							
		/	abo						
OCCUPATION:	Ho	Me Maken		d MA	KRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCO कुल पार्षिक जाप	OME -	1000 1 lamily			ttach Proof of Inc				
PAN No. THE GIRL	संख्या	100 1 reamily		- (-	आप का साक्य सर	193)			
ARE YOU AN INCOME	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निजान लगाये।	Yes /			AS NOT THE OWNER.			
15 401 VICE 401 VIC	क रजा मान्य का द		ILY DETAILS परिव						
Sr. No. क्रम संख्या	A N	ame of Family Member	Age (Years) उम्र (वर्ष)	1	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध			
(1)	Ra	रवार के सदस्यों का नाम	30	M	((1)	SON			
	1 00		200						
	-								
		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनात ३		bever is	applicable)	to Victoria			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संतन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संतरण करे।	4	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रयाण पत्र को छाया प्रति संसाम करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य			
		"PURPOSE" for RI सहायता हेतु कि	EQUESTING ASSIS ये गये विनती का उ						
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached									
क्रम संख्या	Bran	भाग की गई प्रतिवेदन सूची संसरन भाग कि स्थापिक कर							
	- Ung	The second contained							
		46 January							
	1			0					
	Alua	Augury HE 52CS with princy sens							
	1	4				ramb			
			TP 25			1			
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य	SAME "PURPOSE सहादता किसी अन्य	from O	THER SOURCES लिया गया डो?				
Sr. No.	1	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	-	अन्य स्त्रीत का नाम 08 C			Λ	ती गई सहायता राशी			
		V 20			000				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भोषणा पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- is selemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रण में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रधा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राति "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपलेग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का शांतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोधक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में लैया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा।)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथम पर अपने इस्ताकर या अंगठे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रथम में संवित है, उसे "कोशिका" एवम् नामी, दान, याधना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, करेटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हम्लाधर या अंगुड़े का निशान

PTAL (SHIRM SIG WIR)

AGREEMENT by HOSPITAL (SHORE STO WOR)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

हमारे अधिकृत, इन्साक्षरी की और से मामलेपीमी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिप सहायता हेतु विकारिश की जाती है, जिसे हम (हरूपताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो मांचान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर करकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उका रोग्डे-पामले में लेंगे या से रहे हैं, वैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्प्रथ में "कॉशिका फाउन्डेशन" झार मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" झार सहायता विनति ऑशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्ता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल झितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2 "कोशिका फाउन्डेंशन" से लो गाँ सहस्थता केवल बितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गाँ सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाथ रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी विसमेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पूर्मिका या विसमेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	Dr. Juhi Panwaनीक्ती के				
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	M.B.B.S.J.A.J.S.J. U.P.M.C. 715579 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) बामरर का नाम व इस्ताधर व र्रीय. व.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्प्रताल अधिकृत अधिकारी			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION	N आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताक्षर 2			
(\$	refugel		lite		

in the matter.